

659

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

ERNEST CHEVROLLE

Né à L'Echelle (Seine-et-Marne), le 3 octobre 1873)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

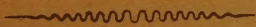
SARCOMES PRIMITIFS DE L'AINE

— ❦ —

Président : M. LE DENTU.

Juges : MM. } TILLAUX.
 } WALTER, LEGUEU.

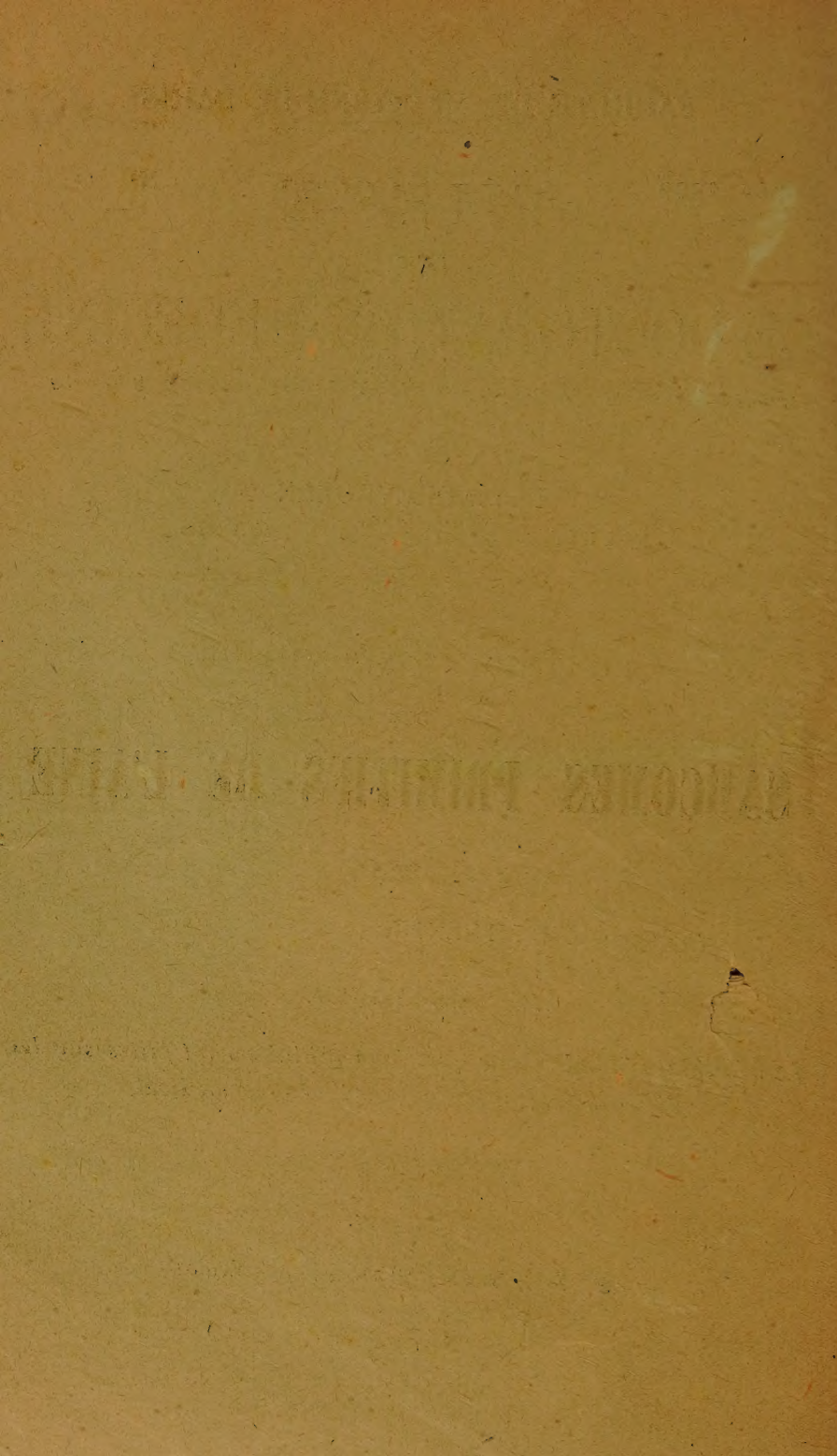
Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

P. DELMAR, 23 bis, rue des Ecoles

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

659

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

ERNEST CHEVROLLE

Né à L'Echelle (Seine-et-Marne). le 3 octobre 1873)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

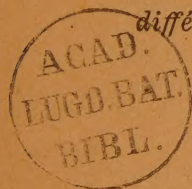
SARCOMES PRIMITIFS DE L'AINE



Président : M. LE DENTU.

Juges : MM. } TILLAUX.
 } WALTER, LEGUEU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

P. DELMAR, 23 bis, rue des Ecoles

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE	MM. THIROLOIX
ALBARRAN	FAURE.	MARFAN	THOINOT
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BONNAIRE	GILLE DE LA	MENETRIER	VARNIER.
BROCA AUG.	TOURETTE	MÉRY	WALLICH
BROCA AND.	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHARRIN.	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
DELBET.	LEGUEU	THIERY	
DESGREZ.	LEJARS		

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur ouïr aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.



INTRODUCTION

MM. Cornil et Ranvier définissent les sarcomes, des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur en subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte.

Le groupe des sarcomes est très vaste, il renferme des tumeurs fort différentes comme texture et comme marche. Tantôt, on y trouve des cellules rondes avec ou sans membrane d'enveloppe, à noyau gros ou petit unique ou multiple, entouré de protoplasma en couche épaisse ou mince; ces cellules embryonnaires ressemblent beaucoup aux leucocytes. Tantôt, ces cellules sont allongées, fusiformes, étoilées, munies de prolongements ayant des ramifications entre eux; on les appelle éléments fuso-cellulaires. Tantôt enfin, ces cellules sont très larges, aplaties, déchiquetées sur leurs bords trouées même; elles ont des prolongements doués de mouvements amiboïdes et possèdent souvent 15 ou 20 noyaux; ce sont les cellules géantes des auteurs allemands, les éléments vaso-formateurs de Ranvier.

Entre ces cellules de forme et de volume si variés, il existe une substance intermédiaire, amorphe, quelque-

fois peu abondante, d'autres fois si importante qu'elle l'emporte de beaucoup sur l'amas cellulaire.

Ces divers éléments se groupent de nombreuses façons pour former les différentes variétés de sarcômes.

Sarcôme encéphaloïde de Cornil et Ranvier ou sarcôme mou des Allemands.

Sarcôme fibro-plastique de Lebert et Robin ou sarcôme dur des Allemands.

Sarcôme à myéloplaxe ou tumeur à cellules géantes.

Telles sont les principales variétés de sarcômes que nous pouvons rencontrer. Ce ne serait donc pas facile de réunir dans un même tableau clinique des formes aussi dissemblables. Chaque variété présente des caractères différents et une évolution spéciale. De plus, les sarcômes revêtent des caractères différentiels tirés de la région même où ils se développent, des divers tissus qui leur donnent naissance, des organes voisins avec lesquels ils peuvent contracter des rapports.

Il nous a été permis pendant la dernière année de nos études, d'examiner un malade atteint de sarcôme se développant dans une région de l'économie où ils se développent rarement. Nous voulons parler des sarcômes de l'aîne ; c'est pourquoi nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Après avoir rapporté quelques cas de cette variété de tumeurs, nous en décrirons l'étiologie et la pathogénie, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Mais, avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous

avons un devoir à remplir, devoir bien doux et consacré par la tradition, celui de remercier ceux qui ont guidé nos études et à qui nous sommes redevables des connaissances médicales que nous possédons.

Tout d'abord, remercions M. le Docteur Reclus, dont nous avons fréquenté le service à la Pitié en 1894. Nous apprécions mieux encore à présent la clarté et la valeur de son enseignement, si utile aux débutants, et dont tous tiraient grand profit. C'est à ce maître que nous devons nos premières connaissances de clinique externe et de chirurgie pratique. C'est en suivant l'enseignement clinique de M. le Professeur Duplay qu'il nous a été permis d'acquérir les connaissances chirurgicales que nous possédons.

Qu'il nous soit permis, en outre, d'exprimer notre reconnaissance à MM. les Docteurs Rigal, Moutard-Martin et Petit qui nous ont admis à leur précieux enseignement et fait profiter de leurs conseils bienveillants.

Nous prions encore M. le Docteur Morestin d'agréer nos bien sincères remerciements pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard, et les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour l'édification de notre travail.

Nous tenons en outre à remercier notre ami Colas du service qu'il nous a rendu en voulant bien nous traduire les auteurs allemands auxquels nous avons été obligé d'avoir recours.

Qu'il nous soit permis enfin de remercier M. le Professeur Le Dentu de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse et qu'il veuille bien accepter l'assurance de notre plus respectueuse gratitude.



ANATOMIE

Les sarcômes de l'aîne présentent un intérêt spécial par suite de la présence dans leur voisinage, des vaisseaux fémoraux et des adhérences qu'ils peuvent contracter avec ces derniers, adhérences telles que la ligature ou la résection de ces vaisseaux peuvent en résulter.

Il nous a donc paru nécessaire, avant d'aborder l'étude de notre sujet, de rappeler en quelques mots la direction des vaisseaux fémoraux et les anastomoses nombreuses qui permettent à la circulation collatérale de s'établir après la ligature ou la résection de ces vaisseaux.

Quelles sont d'abord les limites de l'aîne ?

« Une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure ou grand trochanter en dehors ; une ligne horizontale continuant le pli fessier sur la face antérieure de la cuisse en bas ; l'arcade crurale en haut », telles sont les limites de la région de l'aîne, dit M. le Professeur Tillaux dans son *Traité d'Anatomie Topographique*.

Cette région est traversée par les gros vaisseaux qui portent et ramènent le sang destiné à la nutrition du

membre inférieur. Sans insister sur leur direction et leurs rapports, nous dirons qu'ils ont une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, et qu'ils partent du milieu de l'arcade crurale pour atteindre le sommet du triangle de Scarpa. Les vaisseaux principaux sont relativement superficiels, puisqu'on ne trouve au-devant d'eux que la peau, la couche graisseuse sous-cutanée, le fascia superficialis et le feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale. Ils reposent sur le muscle psoas et sur l'articulation coxo-fémorale.

Les branches collatérales de l'artère fémorale naissent presque toutes dans la région de l'aîne et présentent une importance capitale au point de vue de la circulation collatérale :

Ce sont d'abord la tégumenteuse abdominale, née immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, mais qui présente une faible importance au point de vue de la circulation collatérale par suite de ces faibles anastomoses avec l'épigastrique et les lombaires.

Les artères honteuses externes que l'on distingue en supérieure et inférieure présentent une plus grande importance. La première se distribue aux téguments ; mais la seconde s'anastomose par de nombreux rameaux, avec la honteuse externe supérieure, le rameau funiculaire de l'épigastrique, les ramifications cutanées de l'obturatrice, l'artère périnéale superficielle et la honteuse externe inférieure du côté opposé. Il résulte de ces anastomoses multiples que les honteuses externes

établissent une facile communication, non seulement entre la fémorale et l'épigastrique du même côté, mais encore entre ces artères et les artères semblables du côté opposé.

Enfin les branches les plus importantes sont les circonflexes que l'on divise en circonflexe externe et circonflexe interne. La circonflexe interne s'anastomose par sa branche ascendante avec la honteuse interne et l'ischiatique, et par sa branche descendante avec l'ischiatique, la première perforante et la circonflexe externe. Celle-ci, communique par sa branche ascendante avec les dernières ramifications de la fissure, et par sa branche transversale avec l'ischiatique et la circonflexe interne. Aussi, grâce à ces nombreuses anastomoses, voit-on, se développer après la ligature de la fémorale, un riche réseau artériel autour de l'articulation de la hanche.

Pour les veines, l'établissement de la circulation collatérale se fait facilement grâce aux nombreuses anastomoses qui unissent le réseau superficiel et le réseau profond.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Sarcôme de la gaine des vaisseaux fémoraux
(Langenbech).

Le malade, âgé de 49 ans, présente à la partie supérieure de la cuisse gauche une tumeur qui a débuté quatre ans auparavant et qui atteint à son entrée à l'hôpital la grosseur d'une pomme. Le malade ne peut fournir aucun renseignement sur l'étiologie de cette tumeur. La partie supérieure de la tumeur s'étend dans la fosse ovale et refoule le ligament de Poupart; quant à sa partie inférieure qui s'est accrûe rapidement dans ces derniers temps, elle est mobile sur les parties profondes. La consistance de cette tumeur est dure et élastique, sa surface est bosselée. On ne perçoit aucune pulsation.

Opération. — Après incision de la peau, la tumeur est facilement isolée à sa partie inférieure. La partie supérieure se continue sous le ligament de Poupart avec un prolongement large d'un doigt et se dirigeant de dehors en dedans. La tumeur adhérait fortement à la gaine des vaisseaux et comprimait la veine. Après l'ablation de la tumeur, hémorrhagie en nappe très abondante et Langenbeck est obligé de lier l'artère pour arrêter cette hémorrhagie. Guérison.

Le tissu de la tumeur enlevée présente une couleur jaunâtre. Sa forme particulière en bouton de chemise fit penser à Langenbeck que la tumeur avait pris naissance dans la gaine des vaisseaux, s'était développée sous la peau, passant à travers la fosse ovale.

OBSERVATION II

Sarcôme de la gaine des vaisseaux

(Czerny-Carl Regnault)

Homme, âgé de 33 ans, entré dans le service du professeur Czerny, en mai 1879.

C'est un homme de constitution robuste et n'ayant jamais été malade. En 1873, le malade reçut un traumatisme au sommet de la cuisse gauche et cet endroit resta longtemps douloureux. En 1877, il s'aperçut de l'existence à cet endroit, d'une petite tumeur qui grossit lentement.

En mars 1878, cette tumeur devenant douloureuse, on y pratique une ponction qui ramène un liquide visqueux et sanguinolent. A la fin de 1878, la tumeur prend subitement un développement rapide, on la traite alors par des cautérisations ; mais elle continue à s'accroître de telle sorte que, sur le conseil du professeur Czerny, le malade entre à l'hôpital en mai 1879 pour se faire opérer.

A son entrée à l'hôpital, on trouve au sommet de la cuisse gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus, ovoïde, de consistance molle et présentant une surface bosselée. Au sommet de la tumeur se trouve une cicatrice, trace des cautérisations faites l'année dernière.

Opération. — Après avoir incisé la peau, Czerny constate que la tumeur a pris naissance dans la gaine des vais-

seaux ; mais, comme elle a envahi les masses musculaires environnantes, il pratique l'amputation.

La gaine de l'artère paraissant suspecte est reséquée sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Quant à la veine, ses parois sont envahies par le néoplasme, et l'on trouve à son intérieur un thrombus de même nature que la tumeur, on en résèque une portion de 4 à 5 centimètres. Guérison.

Le malade, mourut dix-huit mois plus tard, d'un sarcome de la langue, sans récurrence locale.

OBSERVATION III

Sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux

(Karl Regnault)

Vieillard entre dans le service du professeur Czerny en 1883.

Le malade n'a jamais été atteint d'aucune maladie et présente encore un aspect robuste malgré son âge avancé. Il y a trois semaines environ, il voulut traverser un ruisseau sur une planche, mais il glissa et tomba à cheval sur cette planche la jambe gauche dans l'eau. Le malade ne ressentit aucune douleur les jours suivants ; ce n'est que quinze jours plus tard que les douleurs apparurent dans la cuisse gauche ; il s'aperçut alors que son pied et sa jambe gauches étaient enflés ; en même temps, il découvrit au sommet de sa cuisse gauche une petite tumeur indolente qui augmenta rapidement de volume, en même temps des douleurs apparurent dans le mollet gauche.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente au sommet de la cuisse gauche une tumeur située au-dessus des vaisseaux fémoraux, tumeur grosse comme une pomme. A la partie supérieure de cette tumeur, on sent des pulsations

qui ont l'air d'être transmises indirectement par la tumeur. Aucun bruit de souffle, aucune expansion de la tumeur. Le mollet présente un œdème considérable ainsi que le pied, surtout au niveau des malléoles. Les pulsations de la tibiale postérieure ne présentent aucune différence avec celles perçues du côté opposé.

La croissance rapide de la tumeur fit songer d'abord à un anévrisme de la fémorale ; mais l'absence de bruit de souffle, la non-diminution de volume de la tumeur à la suite de la compression de la fémorale au-dessus de cette tumeur, firent abandonner cette hypothèse. Le diagnostic le plus vraisemblable était donc celui de sarcôme provoquant de l'œdème du membre inférieur par compression de la veine fémorale et des douleurs dans le mollet par compression du nerf saphène. D'ailleurs, le traitement se trouvait le même pour un anévrysme de cette grosseur et un sarcome, il fallait l'enlever et lier les vaisseaux fémoraux, malgré l'âge avancé du malade. On ne cacha pas à celui-ci les dangers de l'opération, et peut-être même, lui dit-on, serait-on obligé de lui faire une amputation de cuisse.

Après quelques hésitations, le malade accepte l'opération qui fut pratiquée le 20 juillet 1883 par le professeur Czerny.

Celui-ci incise la peau sur une longueur de 19 centimètres et découvre alors une tumeur violacée dont la surface était bosselée. Faisant comprimer la fémorale au-dessus de la tumeur, il incise celle-ci, mais elle présente de telles adhérences avec les vaisseaux, qu'il est obligé de les sectionner entre deux ligatures. Il enlève les masses musculaires environnantes, mais il est probable qu'il reste encore des parties atteintes par le néoplasme.

Le 20 juillet aussi pouls normal et température normale.

Le lendemain, les orteils du pied gauche sont froids, blanchâtres et la sensibilité manque au gros orteil. Quelques jours après, apparaît de la gangrène limitée à la plante du pied. La plaie opératoire se cicatrise mal.

Quinze jours après l'opération, récurrence au milieu de la plaie. La gangrène circonscrite du pied et cette récurrence locale font penser à pratiquer l'amputation. Mais l'état général du malade ne permet aucune intervention.

Le malade meurt de cachexie au mois d'octobre suivant.

La tumeur enlevée était un sarcome mixte composé de cellules fusiformes et de cellules géantes.

OBSERVATION IV

Sarcome du pli de l'aîne avec adhérence à la gaine des vaisseaux (Verneuil)

Charles X..., 53 ans, cultivateur venant de la campagne entre à l'hôpital Lariboisière le 6 septembre 1866. C'est un homme de haute taille, ayant toujours joui d'une bonne santé et ne présentant de trouble morbide qu'une tumeur inguinale née sans cause appréciable six mois auparavant.

Le début fut marqué par l'apparition dans la portion crurale du pli de l'aîne gauche, d'une petite tumeur roulant sous la peau et du volume d'une amande.

Les progrès rapides du mal engagèrent le patient à consulter un médecin qui fit une ponction sur le sommet de la tumeur, il n'en sortit que du sang rouge.

On était dans les premiers jours de juin; depuis cette époque la tumeur s'accrût continuellement, et l'incision loin de se cicatriser, se transforma en une ulcération bornée à la peau, mais mettant à nu le tissu propre de la tumeur sur une étendue de plusieurs centimètres.

A l'entrée du malade, nous trouvons une tumeur ovoïde à grand diamètre transversal de 15 centimètres, occupant tout le triangle de Scarpa et recouvrant un peu en haut, l'arcade crurale. La peau est ulcérée en un point; autour de l'ulcération, la tumeur paraît assez mobile sur les parties profondes et libre d'adhérences à sa périphérie; elle est ferme, bosselée, lobulée, indolente au toucher et du reste n'est et n'a jamais été le siège de la moindre douleur; elle ne détermine qu'une gêne mécanique en raison de son siège et de son volume.

Je diagnostique un sarcome de l'aîne; je propose l'extirpation qui a été acceptée et pratiquée le 12 septembre.

Il fallait circonscrire la portion ulcérée de la peau entre deux incisions curvilignes. La première fut conduite du côté externe et inférieur de la tumeur jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe, et permit d'isoler sans peine une bonne partie de la circonférence et de la face profonde de la masse morbide, jusqu'au voisinage des vaisseaux fémoraux dont la position exacte ne pouvait être que difficilement reconnue. Une seconde incision, rejoignant les deux extrémités de la première, mais passant par le côté supérieur et interne, acheva l'isolement périphérique de la tumeur, qui ne tenait plus que par la face profonde au niveau du fascia cribiformis.

Cette adhérence était large et solide, la dissection assez périlleuse; aussi parût-il prudent de la faire à ciel ouvert; c'est pourquoi je retranchai toute la partie de la tumeur déjà isolée, afin d'avoir sous les yeux le pédicule profond; celui-ci adhérerait intimement à la gaine des vaisseaux, enveloppait la vessie et l'artère et envoyait même entre elles un prolongement de l'épaisseur d'un doigt; je pus en procédant avec lenteur et précaution, isoler l'artère dans

l'étendue de 5 centimètres et ménager sa tunique externe. Mais il n'en fut pas de même de la veine; ses parois étaient absolument confondues avec le tissu morbide, il fallait donc se résoudre à en sacrifier un segment. En conséquence, je plaçai sur la veine 2 ligatures distantes de 5 centimètres et j'extirpai le reste du pédicule.

L'opération avait occasionné une perte de sang médiocre; à la place de la tumeur reste une large plaie au fond de laquelle on voit battre l'artère dénudée.

Les jours suivants le membre est sans douleur, mais gonflé, résistant, présentant un léger œdème. La plaie a bel aspect, l'artère bat toujours mais avec moins d'énergie.

Le 16 septembre, l'œdème a disparu; l'artère est animée de battements assez faibles, et présente un point grisâtre qui fait craindre que les tuniques ne soient sphacélées sur l'étendue de quelques millimètres.

Le 18, hémorrhagie de 5 à 600 grammes, on fait la ligature de la fémorale. Le malade meurt dans la nuit.

OBSERVATION V

Sarcôme de l'aîne (Gazette médicale de Strasbourg 1876)

La femme H. S..., âgée de 49 ans, entre dans le service du professeur Bæckel, le 21 août 1876 pour une tumeur récidivée de l'aîne droite.

C'est une femme de constitution délicate et mère de 3 enfants. Réglée à 15 ans et toujours régulièrement.

Il y a 13 ans, elle entra à l'hôpital de Strasbourg pour tumeur semblable. Elle fut opérée avec succès et la guérison se maintint pendant 12 ans. Il y a un an, la malade s'aperçut que la tumeur avait récidivé; n'éprouvant aucune gêne,

elle ne désira pas une nouvelle intervention ; mais la tumeur augmentant de volume devint douloureuse et empêcha la marche, c'est alors que la malade se résolut à une nouvelle opération.

A l'examen de la malade à son entrée à l'hôpital, on trouve la région inguinale droite occupée par une tumeur présentant 2 bosselures principales au sommet desquelles existe une fluctuation manifeste, la peau qui recouvre la tumeur est amincie, rougeâtre, mais non adhérente aux parties profondes.

A la partie supérieure de la tumeur, on remarque une cicatrice longue de 16 centimètres et dirigée de dehors en dedans et de haut en bas. Cette cicatrice qui longe la bosselure supérieure est le reliquat de la première intervention.

La tumeur est à cheval sur les vaisseaux fémoraux et mesure en hauteur 14 centimètres. A la partie supéro-externe, elle est douloureuse à la pression, par suite de la compression de quelques filets nerveux.

Le professeur Bæckel croit à l'existence d'un sarcome et sur le consentement de la femme H .., il en pratiqua l'extirpation le 26 août.

Après une longue incision en croix, il dissèque la peau et tombe à la partie inférieure sur le couturier et le droit antérieur qui sont dégénérés, et dont toutes portions malades sont enlevées. L'hémostase étant faite, le professeur Bæckel continue la dissection de la peau à la partie supérieure ; après cette dissection, il cherche à décoller la face profonde de la tumeur. Il est obligé de couper l'arcade de Fallope qui est englobée dans la masse morbide. En dehors la dissection profonde de la tumeur est assez rapide ainsi que dans tous les endroits où l'on n'a pas à redouter la présence des gros vaisseaux. Sur le trajet des vaisseaux fémoraux

raux, la dissection est très lente; la tumeur cède enfin; mais à la partie supérieure existe une éventration qui donne issue à une portion de péritoine. On résèque une partie du péritoine hernié; toutes les parties suspectes sont enlevées aux ciseaux, puis après hémostase on ferme la plaie.

La malade sort guérie vers le milieu du mois d'octobre.

La tumeur enlevée, examinée au microscope, était du sarcome.

OBSERVATION VI

Sarcome de l'aine (Morestin)

Charles G..., 67 ans, employé de bureau, a été admis le 4 avril 1899, à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 6.

A porte dans la région de l'aine du côté gauche, une tumeur volumineuse, qui le gêne un peu par son volume et par son poids, mais ne détermine pas de douleur. Il y a seulement 8 mois que le malade en a constaté la présence.

Elle était alors fort petite, mais son accroissement a été rapide, très rapide même, puisqu'elle est aujourd'hui plus grosse que le poing. Au devant de cette masse, les téguments soulevés et distendus, mais non envahis, seraient normaux, sans la présence d'une cicatrice irrégulière et large qui correspond à la partie la plus saillante de la tumeur.

C'est la trace d'une affection ancienne pour laquelle notre malade a subi autrefois une intervention. Il a été à la consultation de Saint-Louis, il y a 8 ans, opéré à la cocaïne. Mais il n'est pas curieux, il n'a jamais demandé le nom de la maladie dont il était atteint et il ignore celui du chirurgien qui l'en a débarrassé.

D'ailleurs, ses souvenirs sont obscurs et il ne peut nous donner aucun détail utile sur la marche de cette affection. Il se rappelle cependant qu'il a fallu six semaines avant d'obtenir la guérison. De fait, la cicatrice étendue, étoilée, prouve qu'il y a eu une suppuration d'assez longue durée.

La tumeur actuelle s'étend sur la racine de la cuisse et la partie inférieure de la paroi abdominale; elle est à cheval sur le ligament de Fallope, mais sa plus grande partie étant au-dessous de ce ligament. Elle est arrondie, mais sur son pourtour, on distingue de grosses bosselures et sa forme ne peut être mieux comparée qu'à celle d'une énorme tomate. Sa consistance varie beaucoup avec les points considérés. Très ferme par places, elle diminue considérablement en d'autres endroits. Ainsi, à la partie supérieure et externe de la tumeur est une bosselure qui paraît presque fluctuante.

On peut imprimer à la tumeur de légers déplacements verticaux et transversaux, mais ils sont diminués quand on fait contracter les muscles de la paroi abdominale. Elle n'a aucune connexion avec ceux de la cuisse. En dedans de la masse principale et accolé à cette masse dont il est sans doute une dépendance, est un noyau ovoïde, résistant, situé au niveau de la partie supérieure du scrotum, au-devant du cordon spermatique. Le testicule et ses annexes sont d'ailleurs dans un état d'intégrité parfaite.

Il y a à la jambe gauche d'énormes varices qu'on serait d'abord tenté d'attribuer à la gêne circulatoire causée par la tumeur, mais la malade nous assure qu'elles datent de fort longtemps. Il en a des deux côtés, celles de droite sont bien moins développées, mais, à gauche, elles auraient été toujours considérables.

L'état général, sans être brillant, ne paraît pas altéré du fait de la tumeur. Celle-ci est indolente, et les explorations répétées et minutieuses ne déterminent aucune sensation pénible.

La rapidité de l'évolution, les dimensions relativement considérables acquises en quelques mois, la forme bosselée, la consistance inégale de ces bosselures, l'indolence complète, faisaient songer tout de suite à un sarcome.

Mais le point de départ en était difficile à préciser. En tenant compte de l'immobilisation relative obtenue par les contractions de la paroi abdominale et du noyau préfuniculaire intra-scrotal, on pouvait se demander si l'on n'avait pas affaire à quelque néoplasme développé aux dépens des aponévroses de l'abdomen ou des tuniques du cordon. Mais l'évolution crurale, la situation de la tumeur dans le triangle de Scarpa, qu'elle débordait seulement en haut pour s'étaler au-devant du canal inguinal et du cordon, n'étaient pas en rapport avec cette hypothèse.

D'ailleurs, on pouvait suivre le cordon jusqu'à dans le trajet inguinal où le doigt s'enfonçait en retroussant le scrotum sans rien rencontrer d'anormal. On pouvait donc admettre que la tumeur avait pris naissance dans le triangle de Scarpa. Mais, aux dépens de quel organe ?

Le plus souvent peut-être, les sarcomes de cette région prennent naissance dans les muscles et les aponévroses. Ici, il n'en était sûrement pas ainsi, étant donnés la mobilité dont jouissait la tumeur sur les plans profonds et ce fait que les contractions des muscles de la cuisse ne modifiaient en rien cette mobilité.

Ces mêmes signes empêchaient d'admettre que nous avions affaire à un de ces sarcomes développés dans la gaine des vaisseaux fémoraux et aux dépens de cette gaine,

comme on en a cité quelques exemples. D'ailleurs les battements de la fémorale étaient perceptibles au-dessus de la tumeur, sans aucun changement.

On pensa donc qu'il s'agissait d'un sarcôme des ganglions de l'aîne, sarcôme primitif, car on ne trouvait nulle part ailleurs, aucune autre lésion, et que l'affection antérieure, pour laquelle on avait fait une petite opération dans la région, était bien ancienne pour qu'on put établir une filiation directe entre elle et la maladie actuelle.

Le 6 avril, j'ai fait l'extirpation de cette tumeur.

L'intervention n'a pas présenté de difficulté sérieuse. La masse s'est laissée isoler facilement des tissus voisins, même dans la profondeur.

Il y avait une très petite adhérence à l'aponévrose du grand oblique, adhérence évidemment secondaire, car elle était très peu étendue, pas plus grande qu'une pièce de cinquante centimes, et que l'aponévrose n'était même pas envahie dans toute son épaisseur. Le noyau qu'on sentait à la racine du scrotum était en continuité directe avec la masse principale; les éléments du cordon, intacts, passaient en arrière de lui. A côté de la tumeur, il y avait un ganglion volumineux qui a été extirpé en même temps.

Les fils ont été coupés le 15 avril, et le malade est sorti le 20 avril, bien guéri, au moins pour le moment.

La tumeur, ferme dans son ensemble, était très ramollie en certains points. Sur la coupe elle présente plusieurs cavités remplies d'une bouillie ocreuse ou rougeâtre. Ce sont des foyers hémorragiques. Le tissu de la tumeur présente une teinte d'un jaune blanchâtre, ou rosé suivant les points. Sur les préparations microscopiques qui ont été faites par M. Milian, on voit qu'il s'agit d'un sarcome fasciculé. Certains points de la tumeur sont myxomateux.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie des sarcômes de l'aine, comme l'étiologie de tous les sarcômes est toujours très obscure. On peut quelquefois invoquer comme cause déterminante le traumatisme ; mais le plus souvent ces sarcomes se développent sans cause appréciable. On les observe à tous les âges de la vie, le jeune âge n'est pas plus à l'abri de ces affections que l'âge mûr ou l'âge avancé.

Depuis ces dernières années, les recherches microscopiques tendent à démontrer que les sarcomes ainsi que les autres néoplasmes sont dûs à la présence d'un champignon parasite. M. J. Chevalier a fait à ce sujet une communication à l'Académie des sciences, le 22 mai dernier, communication dont voici les conclusions :

« Nous avons obtenu, dit-il, un parasite spécial, de cultures d'origines différentes, savoir :

1° De tumeurs chirurgicales fraîches prises sur le vivant ;

2° De noyaux secondaires non ulcérés provenant d'autopsies ;

3° Du sang des cancéreux qui donne des cultures lorsque la tumeur est assez avancée ;

4° De l'air des salles de cancéreux ;

Les tumeurs expérimentales obtenues sur les animaux fournissent les mêmes résultats.

Les cultures ont toujours été faites sur un bouillon de mamelle de vache. Elles sont ensuite acclimatées sur différents milieux sucrés.

Ces cultures prennent à un moment donné une coloration rosée, dûe aux spores sorties des sphères, qui se disséminent dans le liquide. Cette coloration ne se montre jamais dans les cultures faites à l'abri de la lumière.

La température optima pour ce parasite est de 28° à 35°.

L'ébullition à 100° pendant dix minutes ne tue pas les spores.

Les différences morphologiques des éléments qu'on rencontre dans les cultures sont considérables suivant que les parasites sont cultivés sur le bouillon de mamelle ou sur chou. Voici l'évolution de ces formes variées :

Une cellule cylindrique ou conidie (forme souvent rencontrée dans le sang des cancéreux) mesure en moyenne 6 μ en longueur et 2 μ en largeur. On ne tarde pas à la voir devenir bi ou multicellulaire, s'accroître en donnant naissance à un mycelium irrégulièrement septé, puis à des conidies endogènes. Ce mycé-

lium est tantôt simple, tantôt ramifié, parfois même il s'anastomose avec d'autres filaments voisins formant des faisceaux homogènes ou irréguliers. Entre ces faisceaux se rencontrent, soit des conidies, uni ou bicellulaires qui ont tendance à se grouper en cercles concentriques, soit des sphérules. Ces sphérules proviennent des conidies unicellulaires, qui, au lieu de se diviser, s'accroissent, s'arrondissent et arrivent à former des cellules réfringentes de couleur jaune clair qui peuvent mesurer 12 et 15 μ de diamètre, les sphérules donnent naissance à des spores endogènes plus colorées qui se libèrent. Ces spores se présentent sous la forme de petits corpuscules de 1 μ et moins, réfringents, d'un rouge rubis, tantôt ronds, tantôt présentant une forme bacillaire. Ces spores, suivant qu'elles deviennent unicellulaires, ou qu'elles deviennent bicellulaires, donnent naissance à des sphérules dans le premier cas, à des conidies, dans le second.

L'inoculation des cultures de ce champignon sous la peau de cobayes ou de chiens a donné lieu à la production de tumeurs à l'endroit de l'injection. Au bout d'un certain temps nous avons pu constater les symptômes de la cachexie chez ces mêmes animaux. A l'autopsie de certains sujets, on trouve des généralisations de tumeurs ganglionnaires ou de noyaux secondaires viscéraux.

L'examen microscopique de ces tumeurs montre un

tissu analogue tantôt au sarcome, tantôt au fibro-sarcome, tantôt au carcinome.

Il semble que ce parasite doit être identifié à celui qu'a signalé M. Bra ».



DIAGNOSTIC

Les tumeurs qui prennent naissance dans la région de l'aîne étant très nombreuses, nous allons les passer en revue et tâcher d'énumérer les différents symptômes qui pourront nous permettre d'établir un diagnostic différentiel entre ces diverses tumeurs et les sarcômes de l'aîne.

Ce sont : les adénites quelle qu'en soit leur nature, la hernie crurale, l'anévrisme inguinal et le lymphadénome.

L'adénite inguinale aiguë a des symptômes tellement caractéristiques que nous nous bornerons à la signaler. Son début, son évolution et son mode de terminaison ne permettent de la confondre avec aucune autre affection de l'aîne.

L'adénite chronique possède une étiologie spéciale ; elle se développe chez des gens dont les orteils sont atteints de cors ou d'ongles incarnés ou dont les jambes sont creusées d'ulcères rebelles. Cette adénite est caractérisée par la présence dans l'aîne de petites tumeurs sphériques indolores, mobiles les unes sur les autres et de la grosseur d'une noisette.

De même nous insisterons peu sur les adénites d'o-

rigine syphilitique dont la marche et les antécédents ont une physionomie particulière. En général il sera facile de constater la présence ou les traces d'un chancre de la verge. Cette adénite syphilitique est multiple, poly-ganglionnaire. Dans cette pléiade ganglionnaire, on trouve habituellement un ganglion plus volumineux que les autres et qui a reçu le nom de bubon syphilitique; c'est celui qui reçoit plus directement les lymphatiques venus du territoire chancreux. Les ganglions de l'adénite syphilitique sont durs, petits, habituellement indolents, ils roulent sous le doigt, ils ne déterminent pas de périadénite, ils n'ont aucune tendance à suppurer, ils persistent longtemps après le chancre, pendant des mois et des années. Ils sont même un excellent moyen de diagnostic rétrospectif.

En résumé il suffisait de signaler simplement les adénites comme tumeurs de l'aîne afin de les éliminer d'emblée.

La hernie crurale se présente avec les caractères physiques suivants : c'est une tumeur plus ou moins indolente, circonscrite, soulevant d'une façon variable la région normalement déprimée du triangle de Scarpa, mais cette saillie est généralement peu considérable.

Lorsque la main bien appuyée sur cette région on cherche avec la pulpe à circonscrire cette tumeur on reconnaît que celle-ci est généralement peu volumineuse, de la grosseur d'une noix, de forme à peu près régulièrement sphérique. La pression des doigts dimi-

nue le volume de la tumeur et la fait rentrer dans l'abdomen en produisant un bruit de gargouillement, bruit pathognomonique de la hernie réduite.

La percussion montre en outre que la hernie est sonore.

Le sarcome de l'aîne pourrait être confondu plus facilement avec une hernie crurale irréductible. Mais ces hernies ne sont habituellement jamais irréductibles d'emblée; de plus, la présence d'un pédicule profond, bien net permet d'établir le diagnostic de hernie crurale.

Il serait plus facile de confondre le sarcôme de l'aîne avec l'anévrisme inguinal.

Les débuts de l'anévrisme inguinal sont quelquefois insidieux et le malade n'en découvre que par hasard l'existence; mais quelquefois son apparition est précédée d'une douleur dans la région inguinale, douleur survenue au moment d'un effort. Si l'anévrisme prend naissance à la partie supérieure de l'artère fémorale, il envoie parfois un prolongement inférieur vers la cuisse et un prolongement supérieur dans la fosse iliaque au-dessous de l'arcade crurale; la tumeur semble alors bilobée.

Ces tumeurs présentent les signes ordinaires de l'anévrisme. La palpation y démontre la présence de battements isochrones à la systole cardiaque et un mouvement expansif des plus nets; à chaque pulsation artérielle, la tumeur se dilate sous la main qui l'explore.

Parfois, on perçoit en outre un frémissement particulier, une sorte de « thrill » ; mais il manque souvent.

L'auscultation révèle un bruit de souffle isochrone à la systole cardiaque ; il est en général net, rude, plus court que le silence qui suit. En outre, les pulsations artérielles sont diminuées au-dessous de la tumeur. Enfin, la compression de l'artère au-dessus de la tumeur amène une notable diminution dans son volume.

Tous ces différents symptômes permettent de reconnaître l'anévrisme inguinal et de le différencier du sarcome de l'aîne. D'ailleurs, l'erreur n'entraînerait aucune conséquence grave pour le malade, car le traitement de ces affections est souvent le même : ablation de la tumeur et ligature de la fémorale.

Enfin, le sarcome de l'aîne peut être confondu avec le lymphadénome de cette région. Ce lymphadénome est caractérisé par la tuméfaction insidieuse, lente, sans douleur et sans réaction appréciable des ganglions lymphatiques de l'aîne. Ces tumeurs peuvent acquérir un développement énorme et l'on voit apparaître des signes de compression des vaisseaux fémoraux et du nerf crural.

Il est rare de constater la présence de ces lymphadénomes uniquement dans l'aîne ; on constatera généralement la présence de tumeurs semblables dans la région cervicale ou dans l'aisselle. De plus, la forme et

la consistance de ces tumeurs permettront habituellement de les différencier du sarcôme de l'aîne.

Cependant, il se présente quelquefois des cas où l'on ne peut établir de diagnostic différentiel, et c'est alors le microscope qui, après l'ablation de la tumeur, résoudra la question.

En résumé, toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une tumeur de l'aîne, présentant une évolution rapide, acquérant des dimensions relativement considérables en quelques mois, tumeur complètement indolente, à forme bosselée, et dont les bosselures présenteront une consistance inégale, nous devons songer au sarcôme de l'aîne.

Mais, il ne suffit pas d'établir le diagnostic de sarcôme de l'aîne, il faudra s'efforcer d'établir quel est le point de départ de ce sarcôme.

Quels sont d'abord ces points de départ ?

Le plus souvent, les sarcômes de l'aîne prennent naissance dans les muscles et les aponévroses. Quelquefois, le point de départ peut être un des nombreux ganglions de la région. Enfin, ils peuvent se développer dans la gaine des vaisseaux fémoraux, ainsi qu'aux dépens de cette gaine. Nous avons trouvé dans les ouvrages allemands quelques observations de cette variété de sarcômes, observations que nous avons cru devoir rapporter dans notre travail.

Hanüschke dans les *Chirurgisch-operative Erfahrungen* (1864) donne une observation de sarcome de la ré-

gion crurale du pli de l'aîne, qui adhéraît aux vaisseaux fémoraux. Mais, le texte de cette observation est très concis, il est donc impossible de savoir si la tumeur avait pris naissance dans la gaine des vaisseaux fémoraux ou si elle n'avait avec elle que des adhérences secondaires,

Quelques années auparavant, Langenbeck avait étudié pour la première fois, cette variété, dans un mémoire intitulé : « Beitrage zur chirurgischen Pathologie der Veruen », datant de 1860.

Un élève de Czerny, Karl Regnault reprit l'étude de ces sarcomes dans un article intitulé : « Die malignen Tümoren der Gefässscheide » publié dans les « Archiv für klinische Chirurgie », de 1887. Dans ce travail, Karl Regnault réunit un grand nombre d'observations de sarcômes de la gaine des vaisseaux, parmi lesquelles nous avons trouvé trois observations de sarcômes de l'aîne, observations que nous avons rapportées dans notre thèse. En outre, il rapporte les différentes opinions émises par ses prédécesseurs au sujet du point de départ de ces sarcômes.

Langenbeck, dit-il, déclare qu'il est toujours très difficile de savoir si le sarcome prend naissance dans le tissu lymphatique de la gaine des vaisseaux ou s'il prend naissance dans les ganglions qui se trouvent accolés à cette gaine.

Demarquay et Verneuil arrivent aux mêmes conclusions.

sions. Il est impossible de savoir si les sarcômes de la gaine des vaisseaux sont primitifs ou secondaires.

Enfin, Weber s'exprime en ces termes : C'est par les nombreux ganglions, qui sont accolés aux gros vaisseaux, que commence la dégénérescence ; mais, bientôt, la masse morbide, englobant la gaine des vaisseaux, finit par l'infecter.

De plus, tous ces auteurs, ainsi que Wirchow, sont d'accord pour déclarer que l'extirpation de ces tumeurs est toujours très difficile.

En résumé, les sarcômes de l'aîne prennent naissance dans les muscles et les aponévroses, dans les ganglions, dans la gaine des vaisseaux fémoraux.

Les sarcômes de l'aîne prenant naissance dans les muscles et les aponévroses formeront toujours une tumeur à laquelle on ne pourra imprimer que très peu de mouvements ; et que la contraction des muscles de la cuisse rendra plus immobile encore par suite des adhérences de cette tumeur avec les muscles et les aponévroses de la région.

De même, les sarcômes nés de la gaine des vaisseaux fémoraux présenteront toujours une immobilité relative sur les plans profonds ; car, ces sarcômes ont une grande tendance à envahir le paquet vasculaire, à l'englober, et même à envoyer des prolongements dans l'intérieur des vaisseaux. Ces adhérences sont plus ou moins accusées suivant l'ancienneté de la tumeur, les

modifications qu'elle a subies et les poussées inflammatoires dont elle a été le siège.

Ces sarcômes, par leur développement et leurs adhérences, peuvent amener une compression des vaisseaux fémoraux, l'exploration du membre inférieur fournit à ce sujet les meilleurs renseignements.

Explorons d'abord l'artère. Ses battements doivent être recherchés avec soin au-dessous de la tumeur. Il ne faut pas se borner à chercher ces battements à la cuisse ou bien au creux poplité, car l'embompment du sujet, les volumes des muscles peuvent empêcher l'exploration d'être précise. Il faut explorer les artères superficielles, la tibiale postérieure ou la pédieuse, pour s'assurer d'abord que les battements artériels y existent, et que leur intensité est la même dans chaque membre.

Lorsque les pulsations artérielles sont perçues il est bon de faire contrôler les sensations obtenues, par une autre personne qui prendra le pouls radial; on indiquera le rythme des battements artériels et l'on pourra s'assurer que les pulsations perçues sont isochrones à celles des autres artères explorées par l'aide.

Quant à l'intégrité de la circulation veineuse, elle pourra être appréciée d'après la présence ou l'absence d'œdème du membre inférieur. Mais, l'absence d'œdème ne sera pas toujours une raison suffisante pour permettre d'affirmer que la veine fémorale n'est pas comprimée, puis Nicaise, Sappey... rapportent des cas

où la ligature de la veine fémorale n'entraîna pas d'œdème du membre inférieur. Si l'absence d'œdème n'a pas une grande importance, son existence en a une très grande ; car l'apparition et le développement de cet œdème annoncent non seulement la compression de la veine, mais aussi l'envahissement des parois et de la lumière du vaisseau par le néoplasme, ce qui est une contre-indication à toute intervention.

Enfin la mobilité absolue de la tumeur, l'absence de phénomènes de compression, permettent de diagnostiquer le sarcôme primitif des ganglions de l'aîne.

En général, il sera donc possible de reconnaître au début quel est le point de départ de la tumeur. Mais, au bout d'un laps de temps relativement court, cette tumeur quelle qu'en soit l'origine, finit par contracter des adhérences avec les vaisseaux fémoraux et l'on ne peut plus savoir si le sarcôme s'est développé primitivement dans la gaine des vaisseaux ou bien si la tumeur n'y a que des adhérences secondaires.



PRONOSTIC

Le pronostic des sarcômes de l'aîne, de même que celui des sarcômes en général, est toujours grave, car ils peuvent se propager à distance et récidiver après ablation. La propagation a lieu par embolie, par transport vasculaire, par apparition multiple et plus rarement par les vaisseaux lymphatiques.

Cependant, en général, la santé est moins altérée par les sarcômes que par les carcinomes, ils ont moins de tendance à la généralisation et déterminent plus rarement l'état cachectique.

D'ailleurs, le pronostic varie beaucoup suivant l'espèce et MM. Cornil et Ranvier ont démontré que le sarcôme est d'autant plus grave que son organisation est moins élevée. C'est ainsi que les sarcômes des parties molles présentent une malignité particulière. M. le Professeur Le Dentu insiste beaucoup sur cette malignité, dans un article paru en 1891 dans la *Semaine Médicale*.

« J'ai opéré, dit-il, il y a quatre ans, une malade, « d'une de ces tumeurs sarcomateuses de la cuisse, « développée dans les parties molles, j'avais enlevé « toutes les masses musculaires périphériques; néan-

« moins la reproduction en fut rapide. En vain, tentai-
« je une deuxième intervention, au bout de quinze
« jours, le néoplasme était en voie de repullulation. »

La malignité de ces sarcômes ne se traduit pas toujours par la récurrence immédiate et la généralisation rapide, mais par la rapidité et la succession ininterrompue de ces récurrences.

L'histoire d'un malade présenté à la Société Anatomique en 1889 par M. Delaunay est fort démonstrative à ce point de vue. En 1874, alors âgé de 35 ans, ce malade reçoit un coup sur la région antéro-interne de la cuisse ; un an après, au même niveau, apparaît une petite tumeur qui acquiert le volume d'une noix et grossit lentement. En 1878, nouveau traumatisme qui détermine une hémorrhagie : la tumeur, un sarcôme, est enlevée à l'hôpital Necker par M. Reclus. Au bout de six mois, récurrence et la nouvelle tumeur acquiert bientôt le volume d'un œuf de poule ; le malade entre à l'hôpital Cochin et M. Théophile Anger pratique une deuxième extirpation ; cinq semaines plus tard, autre récurrence, autre extirpation. Le malade reste deux ans dans le service et pendant ce temps, quatre fois le sarcôme se reproduit et quatre fois il est enlevé de nouveau. Il sort de l'hôpital six semaines après la dernière intervention, mais une hémorrhagie ne tarde pas à se produire, suivie d'une seconde, puis d'une troisième. Il rentre dans le service de M. Théophile Anger où l'on ampute la cuisse. C'est la septième récurrence, la

huitième intervention. Il est admis à l'hospice d'Ivry en 1887, et bientôt se montre dans le moignon une nouvelle récidue sarcomateuse, la huitième. On désarticule la hanche, il meurt. Il avait cinquante ans, le néoplasme s'était reproduit pendant quinze ans. (Delaunay. Sarcome de la cuisse. Société Anatomique, 1889, p. 397).

Dans les sarcômes de l'aîne, la présence des vaisseaux fémoraux vient encore assombrir le pronostic, non seulement pour les sarcômes prenant naissance dans la gaine des vaisseaux, mais encore pour les autres sarcômes de cette région, qui peuvent secondairement contracter des adhérences avec cette gaine.

En effet, ces sarcômes adhérent aux vaisseaux, s'insinuent dans l'épaisseur de leurs tuniques, ou encore les enveloppent à demi et créent à l'extirpation des difficultés considérables et des dangers constants. Ajoutons que leur contact prolongé avec la veine fémorale peut devenir le point de départ d'une inoculation véritable et servir de voie de généralisation, ce qui a lieu en pareil cas par le système veineux.



TRAITEMENT

Le seul traitement rationnel des sarcômes de l'aîne, c'est l'extirpation de ces tumeurs. Mais, cette extirpation peut présenter de nombreuses variantes suivant les rapports de ces sarcômes avec les vaisseaux fémoraux. Pour résoudre cette question, nous nous inspirons de l'article de M. Kirmisson, article paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1886 et qui traite cette question d'une façon magistrale.

Il peut se faire, et c'est ce qui se présente dans le cas de M. Morestin, que la tumeur ne présente aucune connexion avec les vaisseaux fémoraux; l'extirpation ne présente alors aucune difficulté. Il suffit alors de circonscrire la tumeur par une incision de la peau; puis, on procède avec lenteur à la dissection des parties profondes, car il faut toujours se méfier de blesser les vaisseaux profonds.

Mais, ces cas sont assez rares, et le plus souvent, le sarcôme présentera des connexions avec la gaine des vaisseaux fémoraux, sur lesquels l'attention du chirurgien devra se concentrer. On commencera par disséquer la tumeur de dehors en dedans, en la renversant de façon à voir toujours la face profonde et l'on ne don-

nera sur cette face aucun coup de bistouri qui ne soit guidé par le doigt et par l'œil. On procédera de même pour la face interne de la tumeur qu'on laissera adhérente seulement dans le point qui est en rapport avec la gaine des vaisseaux. Il pourra se faire ensuite, si les adhérences sont lâches, qu'on puisse les rompre à l'aide d'un instrument mousse. Mais, le plus souvent, le chirurgien ne pourra rompre ces adhérences, alors deux cas peuvent se présenter.

Ou bien alors, les adhérences seront suffisamment lâches pour pouvoir être disséquées en laissant intactes les parois des vaisseaux, auquel cas il y a simple dénudation vasculaire. Ou bien, il devient nécessaire d'intéresser la paroi des vaisseaux et par conséquent d'en pratiquer la ligature.

La dénudation des vaisseaux fémoraux ne présente par elle-même aucune gravité. Ce qu'il faut éviter, c'est la formation du pus dans la plaie ; car Verneuil a démontré qu'au contact du pus, la couche de bourgeons charnus qui recouvre les vaisseaux se dissocie et disparaît rapidement ; des escharres se développent sur les parois de ces vaisseaux et à leur chute des hémorrhagies redoutables se produisent.

Il faudra donc recourir à une antiseptie rigoureuse et drainer la plaie pour l'écoulement du pus qui pourrait se produire. Il faudra se garder en outre d'avoir recours à des solutions antiseptiques trop énergiques qui agiraient alors comme de véritables caustiques sur les pa-

rois vasculaires mises à nu ; car, on aurait à craindre le développement d'escharres et la production d'hémorragies secondaires.

Dans les cas où l'on est obligé de pratiquer la ligature des vaisseaux fémoraux, il peut se présenter deux cas très différents : tantôt, c'est la veine seule qui devra être intéressée ; tantôt, la veine et l'artère seront lésées simultanément.

Lorsque la veine fémorale doit être intéressée, le pronostic augmente beaucoup de gravité, et cette éventualité se présentera souvent, car les parois veineuses résistent moins à l'envahissement du néoplasme que les parois artérielles. Dans ces cas, il faudra procéder à la résection de la veine entre deux ligatures. Mais, devra-t-on lier en même temps l'artère. « Soulever cette question, dit M. Kirmisson, après les recherches de Verneuil, Richet, Sappey et Nicaise, semble chose inutile. « Cependant l'opinion qui consiste à vanter la ligature « de l'artère correspondante contre les plaies de la « veine est encore défendue en Allemagne par certains « auteurs, entre autres par Tillmanns et Kraske. Aussi « avons-nous dû chercher, dans les observations, la « confirmation ou l'infirmité de cette opinion. Or, « les faits montrent que la ligature de l'artère ne suffit « pas toujours à arrêter l'hémorrhagie veineuse ; de « plus, la ligature de la veine, loin de causer elle-même « la gangrène, est beaucoup plus rarement suivie du « sphacèle du membre que la ligature simultanée de la

« veine et de l'artère. Ainsi donc, c'est à la ligature « seule de la veine qu'il faut avoir recours » (Kirmision). Tumeurs du triangle de Scarpa, p. 380).

Viennent enfin les cas, dans lesquels l'ablation de la tumeur nécessite la résection et la ligature simultanée de la veine et de l'artère ; cette conduite expose fatalement à la gangrène du membre. Si donc l'examen soigneux de la tumeur faisait conclure à cette nécessité, mieux vaudrait s'abstenir.

Toutefois, il peut se faire qu'au moment même de l'opération, on rencontre des lésions que l'examen le plus attentif n'avait pas permis de soupçonner ; on pourra dans ces cas, soit laisser l'extirpation incomplète, soit faire une résection de la hanche.

Il faudra, d'ailleurs dans tous les cas, tenir compte de l'âge du malade, de son état général, enfin de l'état de son système vasculaire.

Enfin, il faut signaler, la blessure possible du péritoine pendant l'opération, ce qui se produisit dans le cas de Boeckel. La plaie péritonéale fut suturée au catgut et le malade guérit. Ce serait la conduite à suivre en pareil cas.



CONCLUSIONS.

1° Le sarcôme, ou tumeur constituée par du tissu de formation nouvelle, peut se développer dans la région de l'aîne ;

2° Il peut se développer aux dépens des muscles et des aponévroses, aux dépens d'un des nombreux ganglions de la région, et quelquefois dans la gaine des vaisseaux fémoraux. Quel que soit le point de départ de la tumeur, le plus ordinairement elle contracte des adhérences avec la gaine des vaisseaux fémoraux ;

3° La généralisation peut être rapide. Elle est fréquente dans les viscères et dans les os. La propagation peut se faire à une grande distance du foyer primitif ;

4° Cette infection de l'économie peut pendant une période relativement longue n'entraîner aucune cachexie appréciable ;

5° Le pronostic est grave, sans être toutefois fatal à brève échéance. L'extirpation précoce peut être suivie de guérison ;

6° Le seul traitement de la tumeur consiste dans son extirpation. Extirpation simple, lorsque la tumeur ne présente aucune adhérence à la gaine des vaisseaux fémoraux ; dénudation des vaisseaux, résection et liga-

ture de la veine et de l'artère, suivant les divers degrés d'envahissement des parois des vaisseaux par le néoplasme. Toutefois, dans ce dernier cas, il vaudra mieux s'abstenir, car la gangrène du membre est fatal.

Il faudra, d'ailleurs, dans tous ces cas, tenir compte de l'âge du malade, de son état général et de l'état de ses vaisseaux.



BIBLIOGRAPHIE

- LANGENBECK. — Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Venen. Archiv. für klinische Chirurgie, t. I. 1860.
- HANUSCHKE. — Chirurgisch-operative Erfahrungen. Leipzig 1864.
- VERNEUIL. — Sarcôme ganglionnaire du pli de l'aîne avec adhérences à la gaine des vaisseaux. Gazette des hôpitaux, 1869.
- DEMARQUAY. — Tumeur fibro-plastique naissant de la gaine des vaisseaux. Gazette des hôpitaux, 1869.
- BÖCKEL. — Sarcôme de l'aîne. Gazette médicale de Strasbourg, 1876.
- ORTÉGA. — Contribution à l'étude de l'extirpation des tumeurs de l'aîne. Thèse Paris, 1882, t. XV, n° 73.
- DANSON. — De la conduite à tenir à l'égard des vaisseaux dans l'extirpation des tumeurs du pli de l'aîne. Thèse 1885, t. IV, n° 132.
- KIRMISSON. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa. Revue de Chirurgie, 1886, p. 361.
- CARL REGNAULT. — Die malignen Tumoren der Gefässscheide. Archiv für klinisch Chirurgie, t. XXXV, p. 50, 1888.
- WEILL. — Prager medical Wochenschrift, 1885.
- LE DENTU. — Semaine médicale, 1891, p. 94.
- LEJARS. — Leçons de Chirurgie. Sarcômes mous, 1894.
- MORESTIN. — Sarcôme de l'aîne. Bulletin de la Société anatomique, 1889, p. 374.
- J. CHEVALIER. — Académie des Sciences, 22 mai 1899.

Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

LE DENTU

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

